

様式 1

2026年度（令和8年度）福山市一般介護予防事業（健康教室）応募申請書

年（令和 年） 月 日

福山市長 様

所在地（住所）  
商号又は名称  
代表者名

見出しの事業を実施する法人等として、関係書類を添えて応募します。  
応募申請書及び添付書類の内容については、事実と相違ありません。

1 添付書類

本申請書に添付する資料は次のとおりとする。

確認欄 (市)	資 料
	2026年度（令和8年度）福山市一般介護予防事業（健康教室）応募企画書（様式2）
	登記事項証明書（商業・法人登記）（写し可）又は介護保険事業所指定通知書（写し可）
	印鑑証明書（写し可）
	市税の完納証明書（写し可）
	納税証明書（その3）（写し可）
	従事する職員の資格証明証（写し可）
	本事業及び類似業務（介護予防に資する事業）の実績年数の資料（契約書写しや介護保険事業の指定通知書など）
	使用印鑑届（様式3）（実印と異なる印鑑を契約等に使用する場合に提出）
	委任状（様式4）（契約締結等に関する権限を支店長等に委任する場合に提出）
	誓約書（様式5）
	見積書（様式6）※運動教室への応募の場合は追加プログラム分の見積書も提出

2 応募エリア

応募するエリア及び教室の全てに○をつけること。

エリア	運動教室・追加プログラム (90分)	口腔教室 (60分)	栄養教室 (60分)
エリア1			
エリア2			
エリア3			
エリア4			
エリア5			
エリア6			
エリア7			
エリア8			

※各エリアの会場、実施日時及び実施教室はスケジュール表で確認すること。  
※応募エリア内の全ての会場で実施すること。  
※走島ふれあいプラザ（エリア3）の運動教室の実施時間は40分とし、瀬戸老人福祉センター（エリア2）の運動教室の実施時間は60分とする。  
※追加プログラムの実施時間は90分とする。

## 様式 1

### 3 実施事業所及び実施予定等

実施事業者	※事業所の種類をチェックしてください。
<input type="checkbox"/> 指定介護予防相当通所事業所	
<input type="checkbox"/> 指定介護予防通所リハビリテーション事業所	
<input type="checkbox"/> その他 ( )	
〒	
住 所 :	
事業所名 :	
代表者名 :	
担当者名 :	
電 話 :	F A X :
E-mail :	

### 4 実績

(1) 本事業及び介護予防に資する類似事業の過去5年間の実績等

(ア) 介護予防に資する類似事業の場合は業務名及び過去5年間の実績を記載すること

(2) (1) に記載した本事業及び介護予防に資する類似事業の過去5年間の実績年数

(ア) 本事業の実績年数については、根拠資料は不要である

(イ) 介護予防に資する類似事業の場合は受託契約書の写しまたは介護保険事業の指定通知書の写しなどを提出すること

### 5 職員体制

(1) 本事業の実施体制及び連絡体制 (緊急時等)

## 様式 1

### (2) 業務遂行に必要な専門職等の人員体制

- (ア) 従事者の名前及び資格の種類を記入すること。
- (イ) 資格証明証の写しを添付すること。
- (ウ) 記入する行が不足する場合は、追加すること。
- (エ) その他は言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士、栄養士、介護予防運動指導員、訪問介護員、介護福祉士、介護支援専門員、生活相談員・支援相談員、機能訓練指導員、柔道整復師等とする。

#### ア 事業全体の責任者管理者

名前	資格の種類		
	<input type="checkbox"/> 健康運動指導士	<input type="checkbox"/> 作業療法士	<input type="checkbox"/> 理学療法士
	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士	<input type="checkbox"/> 言語聴覚士	<input type="checkbox"/> 管理栄養士
	<input type="checkbox"/> その他 ( )		

#### イ その他従事者

名前	資格の種類		
	<input type="checkbox"/> 健康運動指導士	<input type="checkbox"/> 作業療法士	<input type="checkbox"/> 理学療法士
	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士	<input type="checkbox"/> 言語聴覚士	<input type="checkbox"/> 管理栄養士
	<input type="checkbox"/> その他 ( )		
	<input type="checkbox"/> 健康運動指導士	<input type="checkbox"/> 作業療法士	<input type="checkbox"/> 理学療法士
	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士	<input type="checkbox"/> 言語聴覚士	<input type="checkbox"/> 管理栄養士
	<input type="checkbox"/> その他 ( )		
	<input type="checkbox"/> 健康運動指導士	<input type="checkbox"/> 作業療法士	<input type="checkbox"/> 理学療法士
	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士	<input type="checkbox"/> 言語聴覚士	<input type="checkbox"/> 管理栄養士
	<input type="checkbox"/> その他 ( )		
	<input type="checkbox"/> 健康運動指導士	<input type="checkbox"/> 作業療法士	<input type="checkbox"/> 理学療法士
	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士	<input type="checkbox"/> 言語聴覚士	<input type="checkbox"/> 管理栄養士
	<input type="checkbox"/> その他 ( )		
	<input type="checkbox"/> 健康運動指導士	<input type="checkbox"/> 作業療法士	<input type="checkbox"/> 理学療法士
	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士	<input type="checkbox"/> 言語聴覚士	<input type="checkbox"/> 管理栄養士
	<input type="checkbox"/> その他 ( )		